

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° 552

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Francis MATRAS

Né le 14 juillet 1908, à Bourg-les-Valence (Drôme)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Section Coloniale

LES FORMES FRUSTES

DES

ABCÈS DU FOIE

D'ORIGINE AMIBIENNE

Président : M. NOEL FIESSINGER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Francis MATRAS

Né le 14 juillet 1908, à Bourg-les-Valence (Drôme)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Section Coloniale

LES FORMES FRUSTES

DES

ABCÈS DU FOIE

D'ORIGINE AMIBIENNE

Président : M. NOEL FIESSINGER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N..... Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DEBRÉ Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 FIESSINGER .. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
 MATHIEU Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 LE LORIER ... Clinique obstétricale.
 LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE (*in memoriam*)

A MA MÈRE

A qui je dois tout.

A MA FIANCÉE

A MES FRÈRES ET SŒURS

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOEL FIESSINGER

Professeur de Médecine Expérimentale à la Faculté de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui m'a suggéré le sujet de cette
thèse et qui a bien voulu me faire
l'honneur de la présider. Avec toute
ma reconnaissance et ma très res-
pectueuse affection.*

A M. LE MÉDECIN-COMMANDANT CODVELLE

Professeur agrégé au Val-de-Grâce
Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage respectueux et reconnaissant.

A M. LE MÉDECIN-COMMANDANT MELNOTTE

Médecin des Hôpitaux militaires
Chevalier de la Légion d'honneur

Dont les conseils m'ont été si précieux. Avec toute ma gratitude et mon respect.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. le Professeur FÉLIX LEJARS (*in memoriam*).
le Professeur PAUL CARNOT.
le Docteur PAUL HALBRON.
le Docteur AMÉDÉE BAUMGARTNER.
le Docteur JEAN HALLÉ.
le Professeur NOEL FIESSINGER.

Externat

MM. le Docteur JEAN-LOUIS CHIRIÉ.
le Docteur JEAN RAVINA.
le Docteur PAUL CAHEN.
le Docteur SYLVAIN BLONDIN.
le Docteur GEORGES FAROY.

LES FORMES FRUSTES DES ABCÈS DU FOIE D'ORIGINE AMIBIENNE

Définition

Les hépatites amibiennes, maladies autrefois exclusivement coloniales, sont devenues assez fréquentes en Europe depuis un certain nombre d'années, non seulement chez d'anciens coloniaux, mais encore chez des sujets n'ayant jamais quitté leur pays. Cade, Thévenot et Roubier, en 1912 ; le Professeur Chauffard, d'une part, Landouzy et Debré, d'autre part, en 1913, avaient déjà signalé ces cas autochtones lorsque survint la guerre. La « mêlée des peuples », le contact des troupes métropolitaines et des troupes coloniales, le manque d'hygiène favorisèrent la contamination, et il y eut plusieurs épidémies d'amibiase sur le front français. Le Professeur Noël Fiessinger en observa une avec E. Leroy, dans la Somme, parmi des soldats ayant séjourné dans les boues des tranchées ensemençées par le passage des troupes coloniales. Ravaut et Kronulitski, Fuchs et Bouchet rappor-

tèrent également des épidémies d'amibiase compliquée d'hépatites.

Certes, si l'hépatite amibienne ne revêt plus actuellement qu'à de très rares exceptions ce caractère épidémique (Petzétakis a observé une épidémie à Patras, près d'Athènes, en 1929) les relations toujours plus fréquentes entre la métropole et les colonies, ainsi que le mouvement incessant des étrangers favorisent l'apport des germes, et les observations d'abcès du foie sont nombreuses dans la littérature médicale de ces dernières années. Aussi le médecin praticien doit-il maintenant, en présence d'un syndrome hépatique douloureux et fébrile, envisager le diagnostic possible d'abcès du foie.

Mais on est frappé, au fur et à mesure que paraissent les observations, de la symptomatologie extrêmement variable que peut revêtir l'abcès du foie, surtout sous nos climats. En 1895, Bertrand et Fontau, dans leur *Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds* avaient déjà insisté sur les nombreuses formes cliniques que peut prendre cette maladie. Ils ont, notamment, décrit des formes assez particulières qu'ils ont rangées sous le titre de *formes frustes* des abcès du foie. Ce sont ces formes, dont l'étude a été reprise par le Professeur Noël Fiessinger en 1922 et en 1930, que nous aurons en vue au cours de ce travail.

Mais ici une définition s'impose de suite. Si on consulte le dictionnaire, on trouve au mot fruste :

« se dit d'une médaille ou d'une sculpture usée par le temps ». On est frappé de suite de l'extension considérable qu'a pris cet adjectif en médecine, car le plus souvent on confond les formes frustes d'une maladie avec leurs *formes larvées*. « En réalité, il s'agit de deux catégories de faits différents ; les formes larvées ont une symptomatologie esquissée, quoique sournoise ; les formes frustes sont celles dont la symptomatologie, entièrement effacée ne reproduit plus le type courant » (Pr.Noël Fiessinger). Ce sont les formes dont certains éléments du diagnostic font défaut, ce sont les « formes qui trompent ».

Evidemment, de même qu'un numismate exercé pourra reconnaître assez facilement une monnaie usée, un médecin ayant observé beaucoup d'abcès du foie reconnaîtra la signature amibienne de l'hépatite fruste. Mais le plus souvent l'abcès du foie sera méconnu et le diagnostic sera orienté vers une autre affection. Aussi est-il important pour le médecin praticien de bien connaître ces formes frustes.

Nous n'aurons en vue, au cours de ce travail que des formes frustes des *abcès* du foie, laissant volontairement de côté les cas d'hépatite congestive, premier stade de l'évolution vers l'abcès.

CHAPITRE I

Symptomatologie d'un abcès typique du foie

Avant d'aborder l'étude de ces formes frustes, rappelons brièvement les signes des hépatites amibiennes suppurées.

Généralement, elles se présentent à la suite d'une dysentérie amibienne, mais au bout d'un intervalle de temps extrêmement variable. Le plus souvent les signes hépatiques surviennent de quelques semaines à quelques mois après les accidents dysentériques ; mais nombreuses sont les observations qui montrent une période beaucoup plus considérable. Dans une observation du Pr. Chauffard, l'abcès évolue treize ans après l'amibiase intestinale primitive. Leriche cite également un intervalle de treize ans, et Proust et L. Ramond citent même un cas survenu trente ans après la dysentérie primitive.

Mais ce ne sont pas les formes sévères de dysentérie qui donnent le plus souvent des hépatites. Les formes larvées en donnent autant, sinon plus, que la dysentérie amibienne aiguë (Lacaze et Mel-

notte). Cette notion est d'autant plus intéressante à connaître, que sous nos climats tempérés, la dysentérie revêt une forme subaiguë et latente, cédant assez facilement au moindre traitement, même non spécifique, donc bien souvent méconnue. Dans l'épidémie d'abcès du foie observée par Petzétakis en 1929, l'amibiase intestinale passa inaperçue, et fut considérée comme une simple diarrhée. Bien souvent même, malgré un interrogatoire serré, n'arrive-t-on pas à retrouver cette notion étiologique.

Dans sa forme typique, l'abcès du foie se présente cliniquement avec deux catégories de signes :

1^o DES SIGNES GÉNÉRAUX. — Une fièvre le plus souvent en plateau, à 39°, 39°5, avec rémission matinale, s'accompagnant de sueurs assez marquées. Le pouls est rapide. L'amaigrissement est progressif et précoce ; la langue, saburrale, et le malade présente un teint cireux (pâleur ictérique du P^r Chauffard, teinte « patate » des coloniaux). La fièvre à grandes oscillations, d'après Lacaze et Melnotte, ne serait qu'une modalité thermique tardive qu'il ne faudrait pas attendre pour porter le diagnostic de suppuration.

2^o DES SIGNES LOCAUX. — D'abord des signes fonctionnels : douleur spontanée marquée dans la région hépatique, accompagnée de douleur dans l'épaule ; puis des signes physiques : augmentation nette de volume du foie qui est douloureux à la pres-

sion. Parfois existe une voussure au niveau du bord inférieur. La fluctuation, l'œdème de la paroi sont tardifs et rares.

L'exploration digitale de toute l'aire hépatique montrera la présence d'un point douloureux nettement isolé dans un espace intercostal. Cette douleur est très violente, parfois en « coup de baïonnette », d'autant plus intense que l'abcès est plus superficiel (Lacaze et Melnotte). Une ponction pratiquée à cet endroit montrera la présence d'un pus franchement teinté par le sang, de couleur chocolat, parfois rouge vif, ne contenant que très peu de polynucléaires. L'examen chimique y décèle généralement la présence de sucre (Couteaud). On trouve rarement d'amibes car celles-ci se tiennent dans les parois de l'abcès. Ce pus est stérile bactériologiquement.

La valeur du point douloureux exquis vient d'être dernièrement discutée, et s'il existe toujours dans les abcès du foie, on le verrait également très souvent dans les hépatites amibiennes congestives (Vialatte et Remontet, *Arch. de méd. et de pharm. mil.*, avril 1932).

Ces signes sont accompagnés parfois d'une défense de la paroi abdominale, localisée surtout dans la partie supérieure. Assez souvent on rencontre une *réaction pleurale de la base droite* qui peut égarer le diagnostic.

L'examen des selles montrera souvent la présence

d'amibes et de kystes, mais ce signe est loin d'être constant.

L'examen du sang révélera une polynucléose assez marquée (75 à 85 %) avec diminution (0,5 %) et parfois disparition des éosinophiles. La leucocytose est assez élevée (15.000 à 25.000 éléments par millimètre cube).

L'évolution se fait, soit vers une cachexie rapide, soit vers l'ouverture. Celle-ci a lieu le plus souvent dans la plèvre et les bronches, provoquant une vomique chocolat qui oriente le diagnostic. L'ouverture vers la peau ou le péritoine est beaucoup plus rare.

Tout ceci évolue, soit sous une forme aiguë, soit sous une forme subaiguë ou chronique. Mais les abcès du foie sont loin de présenter toujours une symptomatologie aussi nette, aussi caractéristique. Celle-ci est atténuée dans les formes larvées, elle est amputée dans les formes frustes.

Classification des formes frustes.

Bertrand et Fontan constatent que, dans ces formes, les signes qui manquent sont, tantôt des signes locaux, tantôt des signes généraux. Il y a donc deux combinaisons possibles :

1^o FORME LOCALE : « foie tuméfié et sensible spontanément et à l'exploration ; scapulalgie par accès ; « dyspepsie, constipation ou diarrhée, mais *pas de* « fièvre. On ne songe pas à considérer ces malades

« comme atteints d'autre chose qu'un engorgement
« chronique, sanguin et biliaire du foie. »

2^o FORME GÉNÉRALE. — Ici les signes physiques sont au deuxième plan, souvent inexistants. « Pres-
« que pas de tuméfaction, ni de sensibilité hépatique,
« ou encore absence totale de douleur à l'hypocon-
« dre droit et à l'épaule, pas d'hypertrophie du foie,
« mais fièvre pseudo-continue, rémittente ou inter-
« mittente, avec sueurs; dépérissement progressif.
« Dans cette combinaison, plus fréquente que la
« première, l'hypothèse d'une phtisie ou d'une fièvre
« typhoïde s'offre à l'esprit du médecin comme un
« diagnostic rationnel » (Bertrand et Fontan).

Les auteurs rapportent ensuite quatre observations.

Nous conserverons, avec le Professeur Noël Fiessinger, cette classification, et diviserons donc les formes frustes des abcès du foie en formes générales et en formes locales.

CHAPITRE II

Formes générales

Les formes générales sont donc celles dans lesquelles les signes généraux (température, tachycardie, amaigrissement, etc.), dominant le tableau clinique. Les signes locaux sont au contraire très discrets, parfois inexistants, et le diagnostic est surtout orienté vers une affection générale.

On peut observer, soit des formes très graves d'emblée, évoluant très rapidement, soit au contraire des formes lentes dont l'évolution s'étend sur plusieurs mois, avec naturellement toutes les formes de transition.

Nous diviserons donc avec le professeur Noël Fiessinger, ces formes générales, en formes suraiguës, aiguës, et chroniques.

1° Formes suraiguës.

Ces formes sont rares. Le malade présente rapidement une température à 40°, un pouls rapide, de la prostration, des troubles digestifs, tous signes

qui en imposent pour une fièvre typhoïde, ou, s'il y a des signes pulmonaires surajoutés, pour une granulie. La rate n'est pas augmentée de volume, le foie est sensiblement normal, peut-être un peu gros et légèrement douloureux. Les signes de laboratoire (hémoculture, séro-diagnostic), sont négatifs. La recherche des amibes et des kystes dans les selles n'est généralement pas pratiquée, d'autant plus que la dysenterie primitive sera passée le plus souvent inaperçue. L'état général s'altère rapidement, et le malade meurt quelques jours plus tard, sans qu'un diagnostic précis ait été posé.

A l'autopsie, on trouve un foie un peu gros, d'aspect extérieur normal, et, à la coupe, on découvre un abcès, parfois plusieurs abcès dont l'existence fut entièrement méconnue.

Bertrand et Fontan ont publié plusieurs observations de cette forme. En voici une que le professeur Noël Fiessinger publia au cours de l'épidémie qui eut lieu dans la Somme en 1916 (*Rev. de Path. comp.*, oct. 1916).

OBSERVATION I

Il s'agissait d'un malade de 37 ans, n'ayant jamais quitté la France, vacciné contre la fièvre typhoïde, et n'ayant présenté aucun antécédent dysentérique. Il tombe malade au début de juillet 1916. Il présente une diarrhée ocre, quelques troubles digestifs, de la céphalée. On lui administre vingt grammes de sulfate de soude à l'hôpital d'évacuation,

puis on l'envoie dans un hôpital de contagieux avec le diagnostic de fièvre typhoïde (entrée le 12 juillet). Il est alors examiné par le professeur Fiessinger qui pense à une affection typhique, mais est cependant frappé par l'amaigrissement très précoce. L'hémoculture se montre négative. Des signes de cortico-pleurite de la base droite apparaissent. La température s'abaisse un peu, mais le sujet présente une « cachexie qui s'accuse à vue d'œil ». Le pouls s'accélère, et le malade meurt en hypothermie le 23. Le diagnostic qui avait été finalement porté était celui de tuberculose granulique suraiguë.

Or, à l'autopsie, on trouve un abcès du foie du volume de deux poings, entouré de huit à dix petits abcès satellites, ainsi que des ulcérations intestinales et coliques. On trouve des amibes dans les parois des abcès.

Voici une autre observation, publiée par MM. Lacaze et Melnotte (*Rev. de Chir.*, n° 10, 1928), dans laquelle le diagnostic put être fait grâce à une ponction. L'intervention n'empêcha pas cependant le dénouement fatal.

OBSERVATION II

A. X..., 35 ans, fonctionnaire colonial, est évacué de l'Afrique Occidentale française où il a fait un séjour de près de deux ans pour paludisme grave et néphrite chronique. Il est admis dans le service de médecine générale de l'hôpital militaire de Bordeaux. Le malade est dans un état particulièrement grave, véritable état typhoïde avec subictère,

torpeur, langue sèche, rôtie, couverte de fuliginosités. Température oscillant entre 39°5 et 40°4 depuis l'entrée. Pouls à 135, petit, irrégulier.

Foie moyennement augmenté de volume, mais sensible à la pression, sans douleur véritable, grosse rate. Dysentérie bénigne non traitée à l'arrivée à la colonie.

Ni amibes, ni kystes à un examen de selles.

Examen hématologique. — 3.700.000 globules rouges ; 13.000 globules blancs ; éosinophilie à 5 %. Pas d'hématozoaires.

L'examen des urines décèle une légère albuminurie.

Radioscopie non pratiquée en raison de l'état du malade.

Ponction hépatique positive. Présence d'amibes à l'examen direct dans le liquide de ponction. La culture révèle la présence d'entérocoques.

Intervention. — Incision d'un abcès intra-hépatique du volume d'une très grosse orange. Pus verdâtre mal lié. Drainage. Aucune amélioration de l'état général. Décès quarante-huit heures après l'intervention

La vérification anatomique révéla la présence de sept autres abcès disséminés dans les deux lobes et variant de la grosseur d'un œuf de poule à celle d'une orange.

2° Formes aiguës.

Ce qui domine dans ces formes, c'est une température que n'explique pas les signes physiques, soit une température en plateau rappelant celle d'une fièvre typhoïde, soit, plus souvent, une température oscillante pouvant faire penser à

la tuberculose et même au paludisme. Cette température est accompagnée de céphalée, de constipation ou de diarrhée, de sueurs. Le foie est à peine sensible, la rate normale.

Mais à côté de cette température existe une *cachexie* extrêmement rapide. En effet l'amaigrissement est très prononcé, l'appétit nul, la peau devient sèche. On ne sait quel diagnostic poser lorsqu'une vomique chocolat, ou un traitement émétinien en fournit la clé.

Voici une observation d'Eschbach tout à fait caractéristique (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 10 nov. 1922).

OBSERVATION III

X..., 34 ans, rentré en France en août 1919, après avoir servi sept ans au Maroc, sans accès de fièvre, ni maladie, actuellement ouvrier agricole, entre à l'Hôtel-Dieu de Bourges le 17 juillet 1921 pour des accès de fièvre et de courbature qui le dépriment et lui ôtent toute possibilité de travailler. Mis en observation, il présente les mêmes accès qui ont nécessité son hospitalisation. Un frisson le saisit, suivi de grelottement dans son lit pendant deux à trois heures avec ascension de température aux environs de 39°, non suivie de sueurs, le laissant prostré et courbaturé pendant deux à trois jours avec température subfébrile entre 38° et 37°5. Ces accès apparaissent sans aucune régularité, deux surviennent le même jour, ou bien un intervalle de plusieurs jours survient entre deux accès. Chaque nouvel accès le laisse plus abattu et plus faible.

Aucun symptôme n'accompagne cet état de fièvre qui le mine, aucune douleur, aucun signe digestif. Il n'existe ni gros foie, ni grosse rate, non plus qu'à la suite immédiate des accès.

Un traitement par la quinine ne donne aucun résultat. La réaction de Bordet-Wassermann étant positive, on pense à une fièvre syphilitique.

L'arséno-benzol, même à dose faible, réveille les accès et on est obligé de cesser le traitement. Aucun élément ne permet d'incriminer la dysenterie.

Après un mois et demi d'hospitalisation, le malade s'affaiblit toujours ; il donne des signes de dépérissement rapide. La fièvre tend à s'établir à 38° en dehors des accès. L'appétit est nul, l'amaigrissement s'accroît, la peau devient sèche. A l'auscultation on entend des bruissements humides inspiratoires, d'abord mobiles, puis fixés dans les fosses sus et sous-épineuses. On pense à une tuberculose pulmonaire débutant après une fièvre tuberculeuse.

En désespoir de cause, on fait un traitement par l'émétine. L'amélioration est instantanée, et le malade sort guéri apparemment le 7 août (Il se rappelle qu'en 1919, il a eu des selles sanglantes au Maroc).

En février suivant, il présente une vomique par ouverture d'un abcès du foie dans les bronches. Il n'avait suivi aucun traitement à sa sortie de l'hôpital. Il présenta alors une douleur thoracique et un très gros foie douloureux. On fit un traitement par l'émétine associée au novarséno-benzol. Le malade revu en septembre suivant paraissait guéri.

Une observation du Professeur Noël Fiessinger (*Journal de Méd. et de Chir. prat.*, 25 mai 1930) montre également ce caractère de fièvre cachectisante que revêt cette forme d'abcès.

OBSERVATION IV

Vers le 8 décembre 1929, je vis en ville avec le Dr Salanier, M. L., dont l'histoire est celle d'une fièvre typhoïde. Il est couché depuis le 25 novembre avec une température qui oscille entre 38°5 et 39°5. Anorexie, langue saburrale, mais pas de grosse rate. L'examen des poumons reste négatif ; d'ailleurs notre malade ne tousse pas. Aucun signe spécial du côté du foie, pas de douleur spontanée ; le foie déborde à peine le rebord costal et n'est pas douloureux. Il était bien apparu, fin novembre et commencement décembre, une *violente* douleur, mais passagère, dans l'épaule droite. Mais à cette époque, rien ne pouvait faire penser à un abcès du foie. Le 23 décembre, je demande au Dr Salanier de m'envoyer ce malade à la Maison Dubois. Il se cachectise et maigrit à vue d'œil, sa fièvre continue à osciller entre 38° et 39°. A Dubois, l'hémoculture, la séro-réaction typhique et mélitococcique restent négatives. La température descend vers 38°, mais l'amaigrissement est si rapide que l'idée d'une tuberculose aiguë commence à s'imposer à nous.

C'est alors qu'un matin, deux crachats chocolat dans le crachoir fixent notre attention. Ce malade ne toussait pas jusqu'alors. Les deux crachats ont été précédés d'une violente douleur à la base du thorax. A la radioscopie, on

trouve à la base droite, en dehors, une ombre arrondie qui siège au niveau de la plèvre ; le diaphragme ne peut être suivi entre cette ombre pleuro-pulmonaire et le foie. Nouvelle petite vomique le 3 janvier, accompagnée d'une douleur dans l'hypocondre droit. On pense alors à un abcès du foie ouvert dans les bronches. On commence, le 7, un traitement par deux injections de 0,04 de chlorhydrate d'émétine. Le 9, la température tombe définitivement à 37. La douleur a disparu, la toux aussi, le malade se sent guéri et complète ultérieurement sa guérison en reprenant les kilos perdus.

C'est alors que nous découvrons qu'en 1918 notre malade a été en contact prolongé avec des Annamites et depuis 3 ans son métier l'oblige de visiter des bateaux d'importation coloniale au Havre et à Dunkerque. A plusieurs reprises, depuis six mois, il avait eu des crises de diarrhée sans température.

3^o Formes chroniques.

Celles-ci sont beaucoup plus fréquentes. Elles peuvent d'ailleurs succéder à un épisode aigu.

Elles sont caractérisées par une température oscillant entre 38°-38° 5, un amaigrissement rapide, une asthénie allant en s'accroissant, une cachexie progressive.

L'anémie, les sueurs nocturnes donnent au malade l'aspect d'un tuberculeux. Le sujet présente un teint jaune. Les troubles intestinaux sont peu marqués, et rarement on trouvera la présence de kystes

dans les selles. La leucocytose est celle d'une infection chronique, la polynucléose peu accentuée.

Les signes locaux sont au minimum. Le foie est un peu augmenté de volume et douloureux, la rate normale.

Le diagnostic qui s'imposera sera celui de cholécystite ou de tuberculose, d'autant plus qu'il peut exister un léger épanchement pleural à la base droite. Les divers traitements n'apporteront aucune amélioration dans l'état du malade, et ce n'est que lorsque les signes locaux seront suffisamment explicites où lorsque surviendra une complication (ouverture dans les bronches, par exemple) que sera fait le diagnostic.

Voici une observation de Petzetakis (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 13 février 1931) qui mérite d'être citée *in extenso*.

OBSERVATION V

Pel..., âgé de 35 ans, contremaître dans le port du Pirée. Rien de particulier dans l'anamnèse. Pas d'alcoolisme. Le 2 février 1929, le malade a présenté tout d'un coup de la fièvre (37° 5-38°) accompagnée de légers frissons et d'une courbature générale. La fièvre en deux jours arrive à 39°. Le diagnostic et le traitement sont ceux d'une fièvre typhoïde. Mais, un mois après, la fièvre persiste avec de petites rémissions, et le médecin traitant doute de son diagnostic. Le 59^e jour de la maladie, le patient accuse un point de côté, et le diagnostic clinique s'oriente vers celui d'une pleu-

résie. Vers le milieu du mois d'avril, le malade se met à tousser et à cracher, peu au début, puis plus abondamment des crachats purulents et sanguinolents. Il semble que depuis ce moment s'est produit une petite amélioration, mais *la fièvre persiste* (37° 8-38°). Depuis, le malade tousse, et, par période, crache abondamment, on parle à ce moment de tuberculose et le malade fait, dans ce but, un changement d'air, mais il revient dans le même état, cachectique, fiévreux, avec sensation de lassitude générale, douleur du côté droit, et impossibilité de se coucher de ce côté ; enfin insomnie intense.

Le 16 novembre 1929, c'est-à-dire *dix mois* après le début de la maladie, nous examinons pour la première fois le malade en question.

Malade anémique, abattu, avec température à 38° 1, dans un état squelettique ; se plaint de douleurs de côté dans l'hémithorax droit. Rien au sommet. Pas de liquide libre dans les plèvres. Respiration du type caverneux vers la base droite, accompagnée de quelques râles humides après la toux. La matité hépatique, augmentée un peu vers le haut ne se déplace pas pendant l'inspiration profonde. En bas, le foie déborde nettement, et il est douloureux à la pression. P... tousse et crache quelques crachats purulents, teintés de sang parfois.

Après un interrogatoire très serré, le malade nous dit que trois mois avant le début de la maladie actuelle, il a présenté pendant deux jours, huit à dix évacuations glaireuses avec un peu de sang, accompagnées de douleur du ventre, mais cet état ne l'inquiéta point ; du reste tout s'est vite passé après une petite diète, et il continua son travail.

L'examen des selles après purgatif salin reste négatif pour les amibes. Par contre, dans les crachats, après trois examens successifs, nous arrivons à trouver quelques rares amibes hématophages du type *histolytica*.

Notre diagnostic fut net lors de notre premier examen : celui d'un abcès du foie rompu dans les bronches, et nous conseillons de suite un traitement émétinique par voie intraveineuse...

...L'apyrexie survient après la 4^e piqûre... Le 22 novembre, soit 4 jours après le début du traitement, une radiographie est pratiquée qui montre encore nettement la déformation de la surface supérieure du foie. Cependant l'amélioration est manifeste, l'état général est excellent, les douleurs de l'hémithorax droit ont disparu...

Nous revoyons le malade vers le mois d'août ; l'amélioration se maintient. Un radio pratiquée le 28 août ne montre rien d'anormal au foie.

Nous avons suivi le malade jusqu'à fin octobre 1930. La guérison est définitive.

Voici donc un abcès qui après une phase aiguë ayant fait suspecter une fièvre typhoïde, est resté pendant dix mois méconnu, malgré son ouverture dans les bronches. Cette observation souligne encore l'état de cachexie dans lequel arrivent les malades, et sur l'importance du traitement d'épreuve par l'émétine.

Le Professeur Noël Fiessinger (*Journal des Praticiens*, 16 déc, 1922), présente une observation analogue :

OBSERVATION VI

Il s'agissait d'un avocat de Cayenne qu'il soigna en 1921. Dans les antécédents, on ne relève aucun passé dysentérique, mais seulement depuis plusieurs années, une dyspepsie avec constipation. En mai 1921, il présente pendant 12 jours des signes d'infection générale : température à 40°, anorexie.

La température descend ensuite et s'arrête pour osciller entre 38 et 38°5. Parfois il ressent une douleur dans le flanc droit et l'épaule droite. Un médecin pensant à du paludisme, il prend de la quinine, qui reste sans effet. Un chirurgien pose le diagnostic de cholécystite, mais ni le repos, ni la glace ne changent rien. Il fait une saison à Châtel-Guyon, mais revient dans le même état.

Le Professeur Noël Fiessinger l'examine le 2 octobre 1921, soit 5 mois après le début de la maladie. L'amaigrissement est de 20 kilos, l'asthénie extrême. Depuis le 6 mai, il présente une température de 38° le soir. Il se plaint d'une douleur dans le côté droit. Le foie est un peu gros (15 cm. sur la ligne mamelonnaire. Pas de signe de Murphy, pas de point douloureux sous-hépatique.

Rate normale. Le pouls est à 100.

Sur les symptômes : fièvre, douleur localisée, amaigrissement, et en l'absence d'autres signes, on pose le diagnostic d'abcès du foie. Dès la première injection de 0 gr. 08 de chlorhydrate d'émétine, la douleur disparaît ; après la seconde, la température tombe définitivement à 37.

Rapidement, la guérison se complète, l'engraissement en 3 mois est de 7 kilos. La guérison est définitive.

On voit donc combien le diagnostic de ces formes chroniques est difficile. Il devra se poser chaque fois que l'on ne pourra expliquer une température persistante accompagnée seulement d'un amaigrissement, d'une cachexie extrêmement rapide. On devra rechercher avec soin les légers signes locaux qui peuvent exister, et en cas de doute pratiquer l'épreuve de l'émétine sur laquelle nous reviendrons plus loin.

CHAPITRE III

Formes locales

Bertrand et Fontan n'avaient distingué qu'une seule forme locale fruste, la forme locale hépatique. Mais la fréquence avec laquelle un syndrome pleuro-pulmonaire est le seul signe clinique de l'abcès du foie a conduit le professeur Noël Fiessinger à décrire une deuxième variété : une forme locale pleuro-pulmonaire.

Nous conserverons cette classification, et examinerons successivement les formes locales hépatiques, et les formes locales pleuro-pulmonaires.

1^o Formes locales hépatiques.

Dans ces formes, les signes locaux sont au premier plan. On se trouve en présence d'un malade qui spontanément présente une douleur dans l'hypo-chondre droit, avec irradiation vers l'épaule. Le foie est très gros, énorme, descendant dans certains cas jusqu'à l'ombilic, très douloureux à la palpation. Celle-ci permettra de localiser soit sur la face antérieure, soit au niveau du bord inférieur une tuméfaction très douloureuse, parfois fluctuante. Une ponc-

tion pratiquée au point le plus douloureux montrera la présence de pus caractéristique.

Mais les signes généraux sont loin d'être en rapport avec les signes locaux. La température est entre 37 et 37,5. Le pouls est sensiblement normal. L'appétit peut être conservé. Par contre existe toujours de *l'amaigrissement*. La leucocytose est modérée (13 à 15.000 éléments) ainsi que la polynucléose (70 à 75 %).

On devra donc se baser, pour faire le diagnostic, uniquement sur la douleur localisée, l'hépatomégalie, la tuméfaction au niveau du foie, l'amaigrissement, et éventuellement la ponction.

C'est dans ce cadre que peuvent entrer les *abcès du lobe gauche du foie*, dont la symptomatologie très particulière a été signalée par Bonnet (de Lyon) en 1923. M. Faure-Beaulieu en signala un cas autochtone à l'hôpital Andral en 1928, et Bressot (de Constantine) en publia deux observations en 1930.

Cette forme débute brutalement par une douleur en coup de poignard à l'épigastre, accompagnée de vomissements bilieux très abondants. L'examen montre une contracture de tout l'étage supérieur de l'abdomen, qui est extrêmement douloureux (douleur presque syncopale, empêchant la palpation du foie).

Devant un tel tableau, on pense à un ulcus perforé, surtout s'il existe quelques antécédents gastriques. Le pouls reste cependant bien frappé, et la

température fait le plus souvent défaut. On intervient chirurgicalement, on trouve un estomac normal, mais par contre, on voit sur le lobe gauche du foie une tuméfaction qui, ponctionnée, se révèle être un abcès amibien.

Voici une observation de Bressot (*Presse médicale*, 27 décembre 1930), qui est typique.

OBSERVATION VII

Il s'agit d'un malade âgé de 28 ans, adressé avec le diagnostic de péritonite par perforation. Il avait été pris brusquement la veille à midi d'une douleur atroce au niveau du creux épigastrique, accompagnée de quelques vomissements bilieux. Cette douleur demeurait sourde. Le faciès était pâle, les traits tirés. L'abdomen était douloureux dans son ensemble, contracturé dans tout l'étage supérieur au-dessus de l'ombilic. Le malade accusait un passé gastrique datant de 4 à 5 ans (pesanteur à l'épigastre, brûlure stomacale, ictère passager il y a quatre mois). Pas de selles, mais émission de gaz. La température est à 37°5, le pouls à 110. Le diagnostic de *perforation d'ulcus* paraissait logique.

A l'intervention, on ne trouve pas une goutte de pus dans le péritoine, l'estomac ne présente aucune lésion ; par contre, si le foie est rouge vif dans son ensemble, le lobe gauche est nettement augmenté de volume et induré à la palpation. On trouve un abcès central et collecté, contenant du pus chocolat fortement teinté de bile. Le pus, amicrobien, contenait des amibes.

Un interrogatoire ultérieur apprenait que ce malade, deux

ans auparavant, avait présenté pendant cinq jours une diarrhée sanguinolente avec glaires, traitée seulement par du sulfate de soude. L'examen des selles fut négatif.

Dans l'observation de M. Faure-Beaulieu, le malade ne fut seulement vu qu'au troisième jour et ne fut pas opéré. Quelques jours plus tard, lorsque la douleur fut un peu calmée et permit la palpation, on sentit une volumineuse tumeur au niveau du lobe gauche. La ponction révéla la présence d'un pus caractéristique.

Mais la symptomatologie est loin de présenter toujours un tableau aussi dramatique (qui d'ailleurs, répétons-le, est spécial aux abcès du lobe gauche).

Le professeur Noël Fiessinger a publié une observation (*Journal des Praticiens*, 16 déc. 1922), caractéristique de ces formes apyrétiques à symptomatologie purement locale.

OBSERVATION VIII

Il s'agissait d'un malade qui lui fut envoyé par le Dr Bégué. C'était un homme de 36 ans qui a présenté à deux reprises en 1917 et en 1918, à Fontainebleau, une crise de diarrhée d'une durée de quinze jours, avec quelques selles sanglantes, qui cède rapidement.

En mars 1919, apparaît une diarrhée continuelle (dix selles par jour) sans trace de sang. Aucun trouble gastrique, mais seulement une fatigue intense. Le professeur Fiessinger trouve à ce moment un gros foie, débordant le rebord costal

de deux travers de doigt, et une douleur au niveau des côlons gauche et transverse. Rien aux autres appareils. Il prescrit alors de la pâte noire de Ravaut, et des capsules d'arséno.

Le 6 août 1919, la diarrhée a diminué, mais un point de côté avec douleur lancinante est apparu à droite depuis le mois de juillet, douleur irradiant vers l'épaule droite. *Pas de fièvre* (37°4) mais amaigrissement progressif. L'appétit est conservé. Le foie est très augmenté de volume, et mesure 26 cm. de hauteur sur la ligne mamelonnaire. Un peu au dessous du rebord costal, et en plein foie, existe une légère tuméfaction avec un point particulièrement saillant. La rate est normale. Les selles sont molles, sans glaires.

On pense à un abcès du foie, et on commence un traitement émétinien que fit suivre le Dr Bégué. Vers le 15 septembre, celui-ci put délimiter sous le bord inférieur du foie en dehors de la vésicule, une zone de matité douloureuse. Une ponction fut faite, et l'abcès vidé. Il devait avoir le volume d'une grosse mandarine. On injecta dans l'abcès dix centigrammes d'émétine et le malade guérit rapidement.

Cette observation montre bien l'opposition entre les signes locaux (foie de 26 cm., douleur vive) et et l'absence presque totale de signes généraux.

Voici une autre observation, résumée par MM. Lacaze et Melnotte (*Rev. de Chir.*, n° 10, 1928).

OBSERVATION IX

F... A..., 25 ans, entre à l'Hôpital Auvert le 20 octobre 1925 pour tumeur de la fosse iliaque droite. Pas de réaction

péritonéale. On perçoit dans la fosse iliaque interne droite et le flanc droit une tuméfaction allongée dans le sens vertical, non mobilisable, avec fluctuation peu nette. Cette tuméfaction est apparue il y a un mois au dire du malade, qui affirme qu'elle a grossi et qu'elle s'est déplacée de haut en bas. Crises de diarrhée à plusieurs reprises, mais non traitées. *Le malade est apyrétique.* La radioscopie ne révèle rien de particulier du côté de l'hypochondre droit, mais montre que la tumeur est nettement en dehors du cæco-ascendant qui semble cependant le recouvrir dans sa moitié interne, surtout au niveau du cæcum. Le diagnostic qui nous paraît le plus vraisemblable est celui d'abcès chronique d'origine appendiculaire. Le foie n'est pas augmenté de volume; la rate non plus. Pas d'amibe dans les selles. Bon état général : 4.000.000 globules rouges, 13.000 globules blancs, 70 % de polynucléaires.

Intervention le 20 octobre 1925, sous anesthésie générale à l'éther. Incision verticale sur la ligne blanche externe droite. Tissu para-péritonéal infiltré et œdémateux. Péritoine pariétal extraordinairement épaissi. Dès son incision, qui est reportée très en dehors et à droite, un flot de pus chocolat sourd en jet sous tension. Après évacuation du pus, on constate que la poche de l'abcès a des parois très épaisses (ce qui explique le peu de netteté de la fluctuation) témoignant de son ancienneté, et qu'elle communique par un pertuis gros comme une pièce de un franc avec une *cavité intra-hépatique* située en dehors du col de la vésicule... Drainage... Pas d'amibe dans le pus. Traitement général par l'émétine. Guérison en deux mois sans incident.

Chez un autre malade, administrateur colonial, examiné par le professeur Fiessinger, on retrouve l'amaigrissement, les douleurs hépatiques, et une tuméfaction de l'hypocondre droit, classée cholécystite par des médecins coloniaux. En effet, il existe sous le rebord costal une tuméfaction saillante, grosse comme le poing, mais au-dessous de cette tuméfaction, on trouve le bord inférieur du foie. Elle siège donc en plein foie, et est très douloureuse. Pas de splénomégalie, ni de signes de néoplasie digestive. Sur ces signes le diagnostic d'abcès du foie est fait, une cure d'émétine fait disparaître les douleurs et la tuméfaction. Le malade reprend rapidement du poids, et guérit en quelques semaines.

Si le diagnostic de ces formes est facile lorsque le foie est irrégulier, et lorsque la palpation permet d'y reconnaître une tuméfaction fluctuante et douloureuse, on voit combien il peut être difficile lorsque le foie est régulièrement augmenté de volume et lisse. Il ne pourra être fait que par la recherche minutieuse, centimètre par centimètre d'un point douloureux exquis (Lacaze et Melnotte) ou par l'épreuve de l'émétine qui, parfois d'une manière « foudroyante », fera régresser les symptômes (P^r Noël Fiessinger).

2° Formes locales pleuro-pulmonaires.

Le syndrome pleuro-pulmonaire est très fréquent dans les abcès du foie, et ces manifestations, d'après F. Françon et J. Hutinel, sont presque constantes. Mais elles peuvent parfois passer au premier plan et paraître primitives, masquant l'abcès du foie sous-jacent. Dans ce cas, ces formes peuvent entrer dans le cadre des abcès frustes tels que nous les avons définis.

Dans leur ouvrage *Sur les Hépatites amibiennes autochtones et coloniales*, F. Françon et J. Hutinel distinguent deux aspects de ces réactions pleuro-pulmonaires : les réactions légères et le syndrome pleuro-pulmonaire.

1° *Les réactions légères* consistent en une submatité se confondant insensiblement avec la matité hépatique, avec abolition ou diminution plus ou moins nette des vibrations vocales. Celles-ci peuvent, parfois au contraire, d'après Paisseau et Hutinel, être exagérées. A l'auscultation, on trouve une obscurité respiratoire au-dessus de laquelle on entend quelques râles sibilants, quelques râles fins en foyer, parfois même des frottements pleuraux.

Dans ces formes, on porte le diagnostic de bronchite, ou de pleurite, d'autant plus que les signes peuvent gagner le sommet pour prendre l'aspect de la « forme respiratoire » décrite par Paisseau et Hutinel. La radioscopie donnerait peu de rensei-

gnements. De nombreuses observations ont été réunies dans la thèse de F. Françon, celles de Pontano, Brau, Martel, Lian et Lyon-Caen, Boidin et Dujarric de la Rivière, Cros et de Teyssier, Rathery et Bisch, Talbot, et montrent que cette réaction peut être le seul signe clinique d'un abcès du foie.

Ces symptômes disparaissent rapidement sous l'action de l'émétine.

2° *Le syndrome pleuro-pulmonaire* peut apparaître, soit à la suite d'une réaction légère, soit même primitivement. Ici la matité est franche. Les vibrations vocales sont abolies, ou, au contraire, exagérées, et à l'auscultation, on trouve, soit du silence respiratoire, soit des râles muqueux fins, soit un souffle à timbre tubo-pleural.

Le malade accuse souvent un point de côté haut situé. On pense à une congestion pulmonaire, ou à une broncho-pneumonie. La ponction exploratrice montre souvent la présence d'un liquide séro-fibrineux, riche en placards endothéliaux et en polynucléaires peu altérés. Parfois éosinophilie.

La radioscopie montre le bord supérieur du foie déformé (Quénu) ; le diaphragme est immobile, la base pulmonaire, obscure, avec cul-de-sac pleuraux comblés.

On se rend compte de la difficulté du diagnostic dans ces formes. Là encore il faudra rechercher avec soin les accidents dysentériques (qui bien souvent feront défaut), une hépatomégalie, une douleur exquise dans un espace intercostal situé dans

la zone de matité hépatique, pratiquer la radioscopie et l'épreuve de l'émétine.

Voici quelques observations résumées montrant comment ces formes se présentent en pratique.

Tout d'abord une réaction légère publiée par le P^r Noël Fiessinger à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris le 23 décembre 1927.

OBSERVATION X

Un sujet, au cours d'un diabète en apparence banal, fait une congestion pulmonaire de la base droite. Cette congestion pulmonaire, dès le début, se montre torpide comme caractère, la fièvre en est le seul signe général, pas de toux, pas de dyspnée, de la submatité, quelques râles, un souffle inconstant, et c'est tout. La fièvre persiste sans arrêt. Aux rayons, on ne voit rien d'important. Finalement, devant ces symptômes, on soulève le diagnostic de tuberculose pulmonaire anormale de la base chez un diabétique. Le malade nous quitte non guéri. Il traîne pendant quatre mois une lamentable existence de fébrile qui maigrit de plus en plus. Une pyélonéphrite survient. On la traite avec l'espoir de mettre fin à la fièvre. Rien ne fait. La fièvre reparait, mais cette fois-ci avec une douleur épigastrique qui empêche le moindre mouvement. Nous le revoyons donc cinq mois après nos hésitations sur les causes de la congestion de la base droite. Ces signes persistent encore, mais cette fois le foie a considérablement augmenté de volume ; son bord inférieur atteint l'ombilic, il tombe nettement en une voussure douloureuse de la

largeur de la main. Il existe des signes de névralgie phrénique droite, le diagnostic d'abcès du foie ne nous semble pas discutable. La température oscille aux environs de 39°. Les conditions dans lesquelles nous observons ce malade nous empêchent toute exploration. Nous apprenons que, pendant la guerre, il a été en contact avec des coloniaux. Il s'agit d'un abcès du foie autochtone.

Quelques jours de traitement émétinien mettent fin miraculeusement à cette histoire qui avait duré plus de six mois. Le malade guérit de son gros foie et de sa congestion pleuro-pulmonaire de la base droite.

Voici maintenant un malade observé par M. Melnotte (*Strasbourg Médical*, 25 février 1932) qui présente une affection entrant dans le cadre de ces formes pleuro-pulmonaires.

OBSERVATION XI

Il s'agit d'un soldat alsacien qui est affecté à un régiment de l'Afrique du Nord en mai 1928. Sa santé est parfaite jusqu'en décembre, époque à laquelle il présente un « épisode dysentérique typique, non fébrile », caractérisé par une vingtaine de selles quotidiennes sanglantes, avec ténesme. Il est évacué sur un hôpital militaire le 10 janvier. Il se plaint d'un point de côté droit, et une ponction pleurale exploratrice aurait été positive. Il reste deux mois en traitement, et est envoyé dans sa famille en congé de convalescence pour séquelles de pleurésie droite. Il rejoint son corps le 27 avril, mais, peu après, se représente à la visite

pour point de côté droit, et est, de nouveau, évacué sur l'hôpital où il a été soigné la première fois. On aurait pratiqué, à ce moment, une deuxième ponction exploratrice et retiré 50 cmc. de liquide. Il est renvoyé de nouveau en convalescence au début juin. Le 13 juin, il présente brusquement une rétention d'urine complète. Il est traité par des sondages et bains chauds, et le 11 juillet 1929, il est envoyé à l'hôpital militaire de Strasbourg. L'examen du sang montre alors une leucoeytose à 12.600, et une polynucléose à 68 %. Une radioscopie pulmonaire montre un hémidiaphragme droit très fortement surélevé, probablement par le foie. Sinus costodiaphragmatique droit fermé. Hile droit trop prononcé. Traînées trop nombreuses vers la base droite.

Le malade se présente à ce moment (sept mois après les premiers symptômes) avec un mauvais état général. L'amaigrissement atteint 11 kilos, l'asthénie est prononcée, la température est subfébrile, le pouls assez rapide.

Les signes fonctionnels sont discrets : toux sèche peu fréquente, pas d'expectoration ; douleur sourde dans l'hypocondre droit, quelques troubles digestifs (diarrhée).

A l'examen, on trouve un gros foie, douloureux, avec voussure nette de l'hémithorax droit. Il existe une matité étendue de la base droite, avec diminution de la respiration et des vibrations, des frottements pleuraux au 1/5 moyen. Il existe un point douloureux exquis dans le 9^e espace intercostal, au niveau de la ligne axillaire postérieure.

Pas de parasites dans les selles.

Une ponction montre l'absence de liquide pleural, mais la présence dans le foie, à 6 cm. de profondeur, de pus chocolat typique. Une cure émétiénienne et stovarsolée est aus-

sitôt instituée. La température tombe le 2^e jour, les signes fonctionnels s'atténuent.

Le malade est passé en chirurgie quelques jours après, et on ouvre un abcès d'un litre environ. Le malade guérit par la suite.

Le syndrome pleuro-pulmonaire peut évoluer cependant d'une manière beaucoup plus aiguë.

OBSERVATION XII

Le Professeur Bezançon et E. Bernard ont rapporté à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris le 23 décembre 1927 l'observation d'un malade qui présenta brusquement les signes d'une pneumonie avec localisation des signes physiques à la base droite. Le bord inférieur du foie est normal, et il y eut un épanchement pleural dont la cytologie offrit successivement une formule mixte, une formule semblant indiquer un début de purulence, enfin une formule à prédominance de lymphocytes. Puis apparut une hémoptysie qui fit redouter la tuberculose, mais qui fut suivie de vomiques répétées où l'examen révélait la présence exclusive de pneumocoques. La radio montrait une densification lobaire nettement limitée par l'interlobe. L'état général s'aggravant, et devant la répétition des vomiques et l'aspect radiologique, on fit une thoracotomie qui fut infructueuse. La couleur chocolat du pus des vomiques fit soupçonner un abcès amibien, et un traitement éméтинien fut commencé, mais dut être interrompu par suite de réaction trop vive (ph. de collapsus). Une seconde thoracotomie fut pratiquée, qui

fit constater que la collection siégeait dans le foie, mais si profondément qu'elle demeurait inaccessible. Le traitement médical fut repris avec prudence, et cette fois poursuivi, d'abord avec le novarsénobenzol, puis avec l'émétine, donnant une guérison rapide et complète.

Voici enfin une observation que Dargein et Oudard (de Toulon) ont rapporté à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris le 1^{er} juin 1928.

OBSERVATION XIII

Il s'agissait d'un matelot, qui, sans antécédents dysentériques connus, présenta brusquement en mer des accidents aigus d'allure appendiculaire. Le roulis étant très violent à ce moment, on attendit pour opérer. Mais l'état général s'améliora. Quelques jours après apparut un syndrome pleuro-péritonéal avec épanchement pleural droit à lymphocytes et ascite. On pensa à une polysérite tuberculeuse. Enfin l'augmentation considérable de volume du foie attira l'attention. Une ponction ramena du pus chocolat contenant des amibes. L'incision ramena trois quarts de litre de pus. La guérison fut rapide, retardée par une cholerragie abondante. Il est à noter, dans cette observation, l'absence constante de leucocytose (7.000 à 11.000) et de polynucléose (dont le taux n'a jamais dépassé 71 %).

On voit donc combien un syndrome local pleuro-pulmonaire lorsqu'il masque un abcès du foie, peut en rendre le diagnostic difficile. Dans toutes les

observations citées, celui-ci ne fut fait que tardivement, lorsqu'un signe hépatique attira l'attention. Ici, comme toujours, le point douloureux exquis hépatique, la ponction et l'émétine seront d'un grand secours. Mais il est évident que devant une pleurésie d'allure banale, ou une simple congestion pulmonaire, on suspecte rarement un abcès ambien du foie.

CHAPITRE IV

Diagnostic

D'après les observations que nous venons de résumer, on comprend comment le diagnostic peut s'égarer, surtout au début. Généralement, il ne se fait que tardivement, lorsque d'autres signes d'abcès du foie ont enfin apparu.

Nous allons voir maintenant quelles sont les affections auxquelles font penser ces formes frustes, et devant quels signes on pourra en faire le diagnostic.

Nous reprendrons la même classification entre formes générales et formes locales.

1^o Formes générales.

Généralement le signe qui domine est la *fièvre*. Mais celle-ci peut se présenter sous plusieurs aspects.

Lorsqu'elle est en plateau, entre 39° et 40°, on est tout naturellement conduit à penser à une *fièvre typhoïde*. D'autant plus qu'il peut exister de la céphalée, un état saburral des voies digestives, de

la diarrhée. La légère augmentation de la matité hépatique entrera dans ce cadre.

Mais on ne manquera pas cependant d'être frappé par la négativité des épreuves de laboratoire. En effet l'hémoculture ne pousse pas, le séro-diagnostic reste négatif, on n'arrive pas à sentir la rate, et il n'y a pas de taches rosées. Au bout de quelques jours, on verra que la courbe de température ne présente pas malgré tout la régularité d'une courbe de typhique. De même, il n'y a pas de « tumphos », pas de dissociation du pouls et de la température, le pouls n'est pas dicrote. Devant l'anomalie de ces symptômes, on devra penser à un abcès du foie, rechercher dans les antécédents, par un interrogatoire serré, la dysenterie primitive. La recherche des amibes dans les selles montrera parfois leur présence, ainsi que celles de kystes, mais souvent cette épreuve sera négative. L'examen du sang pourra alors être précieux. Il montrera une leucocytose entre 12.000 et 20.000 éléments et une polynucléose pouvant atteindre 80 % (alors que dans la fièvre typhoïde, il y a, au contraire, leucopénie et mononucléose). On devra alors rechercher un point douloureux exquis hépatique, et tenter l'épreuve de l'émétine.

Donc, le diagnostic différentiel entre ces formes aiguës générales d'abcès du foie et une fièvre typhoïde devra se baser, d'une part, sur l'absence de certains signes cliniques de dothiéntenterie, d'autre part sur les réponses du laboratoire (hémoc-

culture et séro-diagnostic négatifs, présence de kystes et d'amibes dans les selles, leucocytose et polynucléose), et la recherche des légers signes locaux hépatiques qui peuvent exister.

L'aspect rémittent de la courbe peut orienter le diagnostic vers *le paludisme*, surtout si le malade est allé dans un pays d'endémie mixte amibienne et paludéenne. Ce diagnostic peut même être fortement étayé par l'existence de frissons et de sueurs, bien que celles-ci soient exceptionnelles.

Dans la deuxième observation d'Eschbach (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 10 nov. 1922) que nous avons résumé (Obs. III), le malade présenta brusquement un frisson, suivi de grelottement dans son lit pendant deux à trois heures, avec ascension de température aux environs de 39°. Le diagnostic de paludisme aurait été porté également chez l'avocat de Cayenne soigné postérieurement par le professeur Noël Fiessinger (Obs. VI). Mais ce diagnostic sera rapidement éliminé devant l'irrégularité de la courbe thermique, l'échec de la thérapeutique quinique, *l'absence d'hématozoaires* sur les frottis de sang, l'absence de splénomégalie.

L'examen du sang éliminera de même le diagnostic de *fièvre récurrente*.

La courbe de température peut revêtir un type ondulant, et le diagnostic s'orienter vers une *fièvre de Malte*. Laporte et Roques en ont rapporté un cas à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris en avril 1922. Le traitement émétinique amena rapide-

ment la guérison. De tels exemples sont rares, et exceptionnellement, la température retombe à 37° dans les abcès du foie, au cours des périodes intermédiaires.

Le foie gros et douloureux de *l'endocardite maligne* pourrait faire penser à une localisation hépatique. L'absence de signes d'auscultation, et l'hémoculture négative écarteront ce diagnostic. Lacaze et Melnotte ont vu un cas d'endocardite végétante où le diagnostic de suppuration hépatique avait paru cliniquement vraisemblable.

La ponction lombaire éliminera les diagnostics de *méningococcie* et de *spirochétose ictéro-hémorragique* au début, avant la phase ictérique.

Mais surtout le diagnostic qui se présentera le plus souvent à l'esprit du médecin sera celui de *tuberculose aiguë*, et en particulier de *granulie*. C'est en effet à cette affection que l'on pense lorsqu'on se trouve en présence d'une fièvre persistante et d'une cachexie rapide. Ce diagnostic se trouve souvent étayé par la présence de signes pulmonaires.

Dans l'observation I, le professeur Noël Fiessinger avait porté le diagnostic de tuberculose granuleuse suraiguë, et dans l'observation V, le malade, après avoir été considéré comme un typhique, fut envoyé à la montagne comme tuberculeux.

Sur quels signes fera-t-on le diagnostic d'abcès du foie dans ces cas ?

Dans les formes suraiguës, au cours desquelles le malade se cachectise à vue d'œil, présente une

fièvre élevée, sans aucun signe hépatique, le diagnostic est presque impossible.

Il en est différemment dans les formes aiguës ou chroniques. Certes, l'amaigrissement, les sueurs nocturnes, l'asthénie, la pleurite droite et parfois la toux, enfin la température en imposent pour un tuberculeux. Mais un examen attentif et un interrogatoire serré montreront peut-être un point douloureux dans l'aine hépatique, des antécédents dysentériques. Surtout, l'épreuve de l'émétine pourra trancher la question.

Enfin on pourrait penser à un *cancer* devant un amaigrissement, une teinte jaune, parfois ictérique des téguments (par suite de la compression des canaux biliaires par un abcès volumineux). Un examen complet du malade écartera rapidement ce diagnostic.

2° Formes locales

Dans les formes locales, les lésions hépatiques ou pleuro-pulmonaires dominent le tableau clinique. Il convient donc de les rattacher à l'origine amibienne.

a) FORMES LOCALES HÉPATIQUES.

Dans les *abcès du lobe gauche* du foie, à symptomatologie à grand fracas, le diagnostic peut-il être fait avant l'intervention ? En effet le début très

brutal, la brusquerie, l'intensité ainsi que la localisation de la douleur font penser à une perforation d'ulcus gastrique ; et il existe tellement d'analogie entre les deux tableaux cliniques. Tout au plus, d'après Bressot, dans l'abcès du lobe gauche, les vomissements bilieux seraient extrêmement abondants ; le pouls demeurerait bien frappé, quoique rapide ; il n'existerait pas de hoquet ; et la contraction resterait nettement localisée à la partie supérieure de l'abdomen.

Cette symptomatologie pourrait rappeler les *péritonites cloisonnées sous-diaphragmatiques*, mais ces dernières s'accompagnent généralement d'œdème de la paroi.

La température avec pouls en concordance serait un signe excellent, mais la température n'existe pas toujours, et ici comme ailleurs, on ne peut se baser sur la présence d'antécédents dysentériques, ceux-ci ayant pu passer inaperçus, ni sur la présence d'amibes dans les selles.

Le diagnostic de ces abcès du lobe gauche est donc très difficile. En pratique on opère presque toujours. C'est d'ailleurs préférable, car il vaut mieux opérer d'urgence un abcès du foie (ce qui est d'ailleurs une thérapeutique très défendable) que de laisser évoluer sans intervention chirurgicale une perforation gastrique.

Dans les formes apyrétiques, lorsque existe seulement un gros foie douloureux, plusieurs diagnostics peuvent être discutés.

Le *foie paludéen* s'accompagne presque toujours de splénomégalie. Le diagnostic sera aidé par l'examen du sang et par le traitement d'épreuve quinique.

Le *kyste hydatique suppuré* ne peut que rarement se confondre avec un abcès amibien. L'intra-dermo-réaction de Casoni montrera la nature hydatique, et au cas où une ponction exploratrice serait faite, l'examen du pus montrerait la présence de crochets caractéristiques.

Le diagnostic sera beaucoup plus souvent discuté avec les *cholécystites*. D'ailleurs, il existe indubitablement des cholécystites de nature amibienne (Petzetakis) guéries par l'émétine, et qu'il est très difficile de dissocier des abcès pseudo-cholécystiques. Le diagnostic sera fait à l'intervention, ou plus précocement, grâce à l'épreuve de l'émétine.

Voici l'observation d'un malade ayant un abcès du foie simulant une cholécystite chronique (Lacaze et Melnotte, *Revue de Chir.*, n° 10, 1928).

OBSERVATION XIV

F. . . J..., 22 ans, entre le 20 février 1925 à l'hôpital Avert à Fez. Il se plaint depuis deux mois de troubles digestifs caractérisés par des pesanteurs après les repas, des crises douloureuses intenses, irrégulières, à caractère capricieux au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit, des nausées et parfois des vomissements. Il ne peut faire que de petits repas. Dès qu'il mange un peu trop

copieusement, surtout du pain, il se produit des vomissements. Pas de syndrome diarrhéique important dans les antécédents. La température oscille autour de 38° le soir.

Foie non augmenté de volume, ne dépassant pas le rebord costal. Mais on réveille une douleur nette à la pression dans la zone vésiculaire. Rate normale.

Ponctions du foie (5) négatives.

Urines sensiblement normales.

Leucocytose à 12.000 globules blancs.

Polynucléose à 72 %.

Présence de kystes dans les selles. La radioscopie révèle une zone d'adhérences dans la région pyloro-duodéno-vésiculaire, avec gêne du transit gastro-duodéal. On pense à une cholécystite chronique.

Le 28 février, sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie sous-chondrale droite. Des adhérences, les unes anciennes, les autres récentes relient la région pyloroduodénale, le grand épiploon, la vésicule biliaire, et la partie de la face inférieure du foie située à droite de la vésicule. En libérant ces adhérences, après protection soigneuse du champ péritonéal, on constate que la vésicule est indemne, mais immédiatement, en dehors d'elle, on découvre un abcès hépatique gros comme une grosse noix, qui se rompt au cours des manœuvres de libération.

Drainage... Pas d'amibes dans le pus hépatique.

Le diagnostic de *cancer du foie* pourra être discuté. Mais s'il existe dans cette affection des douleurs et un gros foie sans grosse rate, la palpation révélera des masses plus dures, et surtout plus mul-

tiples, d'autant plus nombreuses que la maladie se trouve à un stade plus avancé. Souvent, la notion d'antécédents gastriques orientera le diagnostic.

Quant aux *cirrhhoses*, elles s'accompagnent généralement de splénomégalie. La douleur est moins violente. Il faudra surtout rechercher l'étiologie (alcool, syphilis, tuberculose).

b) FORMES LOCALES PLEURO-PULMONAIRES.

Un abcès du foie peut simuler par son début une *pneumonie aiguë*, ou une *pleurésie aiguë* (P^r Bezançon et E. Bernard, obs. XII), mais les signes physiques localisés à la base droite ne sont pas en rapport avec les signes fonctionnels. La ponction ne ramène que peu de liquide, malgré une grosse matité de la base. La radioscopie montrera aussi une disproportion entre l'image radiologique et les signes observés.

Lorsqu'il se produit une vomique par ouverture de l'abcès dans les bronches, le diagnostic des *suppurations broncho-pulmonaires* peut se poser : dilatation des bronches, gangrène pulmonaire, broncho-spirochétose, si les crachats sont sanglants, tuberculose pulmonaire enfin.

Dans l'abcès amibien, la couleur chocolat du pus orientera beaucoup le diagnostic, mais elle n'est pas constante. De toute façon, l'examen des crachats ne sera caractéristique d'aucune des affections provoquant une suppuration broncho-pulmonaire, et

pourra montrer, exceptionnellement il est vrai, la présence d'amibes. Enfin, lorsque la pleurite de la base droite constitue le principal symptôme, il faudra penser à une atteinte hépatique. « Toute pleurite droite qui s'accompagne de leucocytose et polynucléose est suspecte de traduire une hépatite sous-jacente, surtout chez un amibien » (Lacaze et Melnotte). Les examens de laboratoire éliminant la tuberculose pleurale et l'épreuve de l'émétine seront ici des plus précieux.

On voit donc que, dans ces formes frustes, la clinique ne nous apporte qu'un diagnostic de présomption. Les autres examens peuvent-ils nous donner autre chose ?

La *rectoscopie* peut nous montrer des lésions dysentériques si l'affection primitive n'est pas trop ancienne. D'autre part, la dysentérie aura été tellement bénigne qu'on ne peut guère compter sur les résultats de cet examen. Répétons-le, ce ne sont pas les dysentéries aiguës qui lèsent toujours secondairement le foie, mais au contraire, le plus souvent les formes larvées et bénignes.

La *radiographie* peut donner des renseignements plus intéressants, mais seulement dans les cas de gros abcès soulevant le diaphragme. Elle est utile aussi dans les formes pleuro-pulmonaires, en montrant des ombres trop discrètes par rapport aux signes cliniques. Dans les abcès centraux, les résultats sont négatifs, car le diaphragme est normal et les culs-de-sac libres. Les signes radioscopiques

ne sont donc ni constants, ni fréquents, surtout au début de l'évolution.

L'examen du sang, montrant une leucocytose entre 12.000 et 20.000 éléments associée à une polynucléose neutrophile de 75 à 85 % et à de l'anémie fera suspecter une suppuration hépatique. Mais cette formule sanguine se retrouve aussi chez beaucoup d'infectés biliaires ou vésiculaires. Néanmoins, c'est un signe de présomption important.

L'inoculation dans le rectum du jeune chat de 4 cmc. de matière, lui donnant en 48 heures une dysentérie serait un argument positif de la nature amibienne de l'affection. Malheureusement, cette épreuve sera souvent en défaut, car les matières seront solides et sans amibes. Elle a plus d'intérêt lorsqu'on inocule le pus de l'abcès provenant d'une ponction exploratrice, bien que l'aspect physique et microscopique de ce pus soit suffisamment caractéristique ; quant à l'inoculation des crachats, elle ne rendra service qu'en cas d'ouverture bronchique.

Nous ne reviendrons que pour mémoire sur le caractère le plus souvent négatif de la *recherche des amibes et des kystes dans les selles*.

Il reste donc seulement deux arguments décisifs : la ponction exploratrice et l'épreuve de l'émétine.

La *ponction exploratrice* devra se faire après avoir recherché le point douloureux hépatique, espace intercostal par espace intercostal et centimètre par centimètre. Ce point douloureux déterminé, on ponc-

tionnera avec une aiguille de 10 à 15 centimètres de longueur, et de 8/10 à 10/10 de millimètre de calibre, sur laquelle sera montée une seringue de 20 cmc. et on enfonce perpendiculairement à la peau, en aspirant progressivement à l'aller et au retour. Il faut parfois de nombreuses ponctions en « couronne rayonnante » (P^r Chauffard).

Il ne faut jamais ponctionner le rebord inférieur du foie.

Mais si une ponction positive est un signe de certitude d'abcès du foie, une ponction négative ne doit pas éliminer le diagnostic. C'est alors que l'on aura recours à l'épreuve de l'émétine.

CHAPITRE V

L'épreuve de l'émétine

Depuis Vidder et L. Rogers, l'émétine est entrée complètement dans la thérapeutique de la dysenterie amibienne et de ses complications, et nombreux sont les cas d'abcès du foie démontrés par la ponction ou la radio, guéris complètement et définitivement par l'émétine.

Ce médicament exerce sur l'amibiase une action véritablement spécifique, et, si, au cours de ces dernières années, ce médicament est entré dans la thérapeutique d'autres affections (abcès du poulmon en particulier), il est loin d'avoir dans ces cas l'action rapide et « quasi-miraculeuse » qu'il exerce dans les affections amibiennes. .

C'est au point que le Pr Noël Fiessinger (*Journal des Praticiens* 16 déc. 1922. p. 825) a préconisé son emploi comme épreuve de diagnostic.

En effet, en cas d'hésitation, si l'on pratique une série d'injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine, on voit, lorsqu'on se trouve en présence d'une atteinte amibienne du foie, la température du

malade tomber à 37° très rapidement, parfois dès la deuxième piqûre, en même temps que les signes fonctionnels et physiques régressent rapidement.

D'après Matteï, l'émétine possède un véritable « tropisme hépatique ». Ce médicament agit surtout sur les amibes, et très peu sur les kystes. Or, précisément au niveau du foie, les amibes existent seules et ce fait explique l'action beaucoup plus prononcée de l'émétine dans les hépatites que dans les dysenterie.

L'épreuve de l'émétine consiste à faire matin et soir, pendant cinq jours, une injection sous-cutanée de quatre centigrammes de chlorhydrate d'émétine. S'il y a amélioration marquée de l'état général du malade, on se trouve en présence, et seulement en présence d'une affection amibienne. « S'il « n'y a pas hépatite amibienne, jamais je n'ai vu pour « les affections hépatiques ou biliaires la moindre « amélioration... Je prétend que jamais une infection biliaire ne peut guérir en quatre jours par « l'émétine » (P^r Noël Fiessinger).

Cette action de l'émétine est évidemment extrêmement nette dans les hépatites congestives. Ce médicament exercerait même dans ce cas une action abortive (F. Françon). Mais elle n'en conserve pas moins une grande valeur dans la plupart des abcès collectés. En particulier, sous nos climats tempérés, ces abcès autochtones frustes sont particulièrement sensibles à l'émétine, et nombreuses sont, à l'heure actuelle, les observations d'abcès du foie complète-

ment et définitivement guéris par le seul traitement médical (P^r Chauffard, Armand-Delille, Paiseau et Lemaire, P^r Noël Fiessinger, etc.).

L'émétine est cependant un médicament assez toxique qu'il convient de manier avec prudence, et il importe de bien connaître les *signes de toxicité* qui commanderont un arrêt immédiat du traitement. Ces signes n'apparaissent généralement que lorsque la dose totale atteint 0 gr. 80 à 1 gr. au cours d'une même série, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il est des sujets très sensibles réagissant à une dose bien inférieure.

Les nausées sont sans importance et liées aux impuretés du médicament. Par contre, la *diarrhée* est un signe de première importance. Elle est caractérisée par des selles ocres, liquides, collantes, au nombre de cinq à douze par jour, pouvant atteindre le volume de deux litres (Mattei).

On peut voir survenir aussi des signes d'insuffisance rénale (élévation de la constante d'Ambar), et des signes circulatoires (hypotension marquée, accélération exagérée du pouls).

Les troubles du système nerveux sont fréquents. Ils consistent en douleurs crampoïdes du membre inférieur, en une extrême fatigabilité du malade à la marche (il accroche les marches de l'escalier lorsqu'il vient se faire faire sa piqûre), et en une diminution des réflexes rotuliens.

Un dernier signe, sans importance celui-ci, con-

siste en une bronchorrhée, plus gênante que dange-reuse.

On voit donc que toute série d'injections d'émé-tine devra être surveillée médicalement. Il sera bon d'étudier avant et pendant toute thérapeutique émé-tinienne les fonctions rénales du sujet.

Nous serons bref sur le *traitement* de ces abcès frustes. Ici le traitement médical devra toujours être essayé, et l'on ne devra avoir recours à une opération chirurgicale qu'en cas d'échec de l'émé-tine. Le P^r Noël Fiessinger fait pratiquer cinq jours de suite, matin et soir, une injection sous cutanée de 0 gr. 04 de chlorhydrate d'émétine, puis les cinq jours suivants, une seule injection par jour. Cela fait donc une dose de 0 gr. 60 que le sujet reçoit en dix jours. Ce traitement est recommencé au début de chaque mois pendant trois mois. Entre les séries, on peut combiner l'action du stovarsol à celle de l'émétine, et agir ainsi sur les kystes existants dans l'intestin.

On peut accélérer grandement la guérison en ponctionnant l'abcès (après l'avoir soigneusement repéré) en le vidant, et en pratiquant ou non une injection d'émétine dans la cavité elle-même, suivant la technique de L. Rogers. Le P^r Noël Fiessinger, dans une observation publiée avec Castéran, a injecté dans la cavité de l'abcès, après avoir retiré 1.500 cmc. de pus, du lipiodol lourd et léger et a pu

ainsi suivre au moyen de la radio la guérison du malade.

La voie sous-cutanée doit être seule employée et l'on doit éviter d'avoir recours à la voie endoveineuse que préconise Petzetakis. Cette voie d'introduction du médicament permet d'augmenter l'intensité de la médication, et d'abaisser les doses. Mais des accidents graves, pouvant aller jusqu'à des paralysies, peuvent survenir (Bensaude, Carie et Rachet) et Bensaude ne l'accepte que dans les cas rebelles en ne dépassant pas la dose de 0 gr. 02 par jour, et 0 gr. 25, à 0 gr. 30 en tout.

Il n'y a pas de régime spécial à suivre.

Conclusions.

1° Les formes frustes des abcès du foie ne doivent pas être confondues avec les formes larvées. Dans le premier cas, la symptomatologie est amputée d'une ou plusieurs parties de ses éléments ; dans le second, elle est simplement atténuée.

2° Il existe deux catégories de formes frustes d'abcès du foie, les formes générales : les formes générales et les formes locales.

3° *Les formes générales* sont celles dans lesquelles les signes locaux font défaut, ou sont très discrets (pas ou peu d'hépatomégalie, de douleur, etc.). Les signes généraux (température, tachycardie, amaigrissement rapide, etc.) forment à eux seuls tout le tableau clinique, et simulent une affection générale. L'évolution se fait sous une forme suraiguë, aiguë ou chronique.

4° *Les formes locales* se subdivisent en formes

locales hépatiques, et en formes locales pleuro-pulmonaires.

a) Dans les formes locales hépatiques, l'augmentation de volume du foie, la douleur hépatique, la tuméfaction même sont très accentuées, et ne sont pas accompagnées de signes généraux (appétit conservé, pas de température ni de tachycardie). L'amaigrissement cependant existe presque toujours.

Les abcès du lobe gauche du foie, dont la symptomatologie locale à grand fracas rappelle celle d'un abcès sous-phrénique peuvent entrer dans ce cadre.

b) Dans les formes locales pleuro-pulmonaires, l'abcès du foie se présente sous la forme d'une pleurésie ou d'une affection pulmonaire primitive, masquant l'abcès du foie. Les signes généraux qui existent alors semblent être en rapport avec ce syndrome pleuro-pulmonaire.

5° Le diagnostic se fera par la recherche systématique d'un point douloureux exquis dans la zone de matité hépatique, par la ponction en cet endroit, et par l'épreuve de l'émétine.

6° *L'épreuve de l'émétine* consistant à faire pendant cinq jours consécutifs 0 gr. 08 de chlorhydrate d'émétine en injection sous-cutanée, est valable, non seulement dans les hépatites conges-

tives, mais encore dans ces formes frustes d'abcès du foie.

7° Le traitement médical devra toujours être tenté, et on ne devra avoir recours à une intervention chirurgicale qu'en cas d'échec de l'émétine.

Vu : le Président de la thèse,
NOEL FIESSINGER.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD,

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- Augé et Brocq (P.).* — Un cas d'hépatite aiguë et un cas d'abcès du foie guéris par l'émétine sans intervention chirurgicale : (Réun. méd. et chir. de la V^e armée, 9 déc. 1916 ; Presse médicale, n° 5, 22 janvier 1917, p. 52).
- Baur et Plisson.* — Grand abcès du foie d'origine dysentérique traité par la ponction évacuatrice et les injections d'émétine. Bulle gazeuse intra-hépatique ; guérison (Soc. Méd. des Hôp., 15 nov. 1913, p. 478-498).
- Bertrand et Fontan.* — Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds (Paris, 1895, Société d'éditions scientifiques, 731 pages).
- Bertrand.* — Sur diverses applications thérapeutiques de l'émétine (Bull. Acad. de Méd., 14 avril 1914, p. 548-558).
- Bezançon et Bernard (E.).* — Volumineux abcès amibien du foie ayant par son début simulé une pneumonie, et par ses vomiques une suppuration pulmonaire. Guérison par l'émétine (Soc. Méd. des Hôp., 23 déc. 1927).
- Bloch (M.) et Matteï.* — L'amibiase sur le front français Centre-Est (Annales de Méd., n° 4, sept. 1918, p. 374-403).
- Boidin et Dujarric de la Rivière.* — A propos de quelques cas d'hépatite amibienne non suppurée (Réunion méd. de la IV^e armée, 22 février 1917 ; Analyse Presse Médicale, n° 31, 4 juin 1917, p. 325).

- Bonnefay et Maille.* — Absès du foie amibien avec association de bacille de Koch (Bull. Soc. Pathol. exotique, t. VII, n° 6, 1914, 10 juin 1914, p. 475-479).
- Borel.* — Contribution à l'étude du traitement des absès amibiens du foie par le chlorhydrate d'émétine. Thèse de Montpellier, 1921. Imprimerie « l'Abeille », 30 pages.
- Bouchut et Morenas.* — Gros absès amibien du foie guéri par l'émétine et les ponctions (constatation de kystes amibiens dans le pus de l'absès) (Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 24 oct. 1922; Lyon médical, 25 déc. 1922).
- Bouchut et Croizat.* — Les formes vésiculo-cholédociennes pseudo-lithiasiques de l'amibiase (Journal Méd. de Lyon, 20 juillet 1927).
- Bressot.* — Les absès amibiens du foie (Presse médicale, n° 70, 2 sept. 1922).
- Hépatite suppurée amibienne du lobe gauche (Presse médicale, 27 déc. 1930, p. 1793).
- Cade, Thévenot et Roubier.* — Les absès du foie dans la dysenterie amibienne autochtone (Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, 1912, p. 541-562).
- Cade et Vaucher.* — Amibiase dysentérique autochtone. Trois cas d'absès du foie (Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 10 janvier 1922; Lyon médical, n° 7, 10 avril 1922, p. 301-302).
- Carnot.* — La médication intra-veineuse (Journal de Méd. et de Chir. pratique, 10 juillet 1925, p. 467).
- Castaigne et Fiessinger.* — Maladies du foie et des voies biliaires (Le livre du Médecin, Poinat, édit., 2^e édition, Paris).
- Chaput.* — Le traitement d'épreuve dans les formes frustes de l'amibiase hépatique chronique. Thèse de Paris, 1920, Jouve, édit. 48 pages.
- Chauffard.* — Maladies du foie et des voies biliaires (Traité de Médecine. Bouchard et Brissaud, t. V, 2^e édition, Paris, 1901. Masson, édit., 943 pages).

- Abscès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Guérison rapide par l'émétine (Bull. Acad. Méd., 22 février 1913, p. 122).
 - Grand abcès amibien du foie. Guérison rapide par le traitement chirurgical suivi de la cure d'émétine (Soc. Méd. des Hôp., 14 mars 1913, p. 630-633).
 - Abscès dysentérique du foie avec vomiques succésives. Traitement par la ponction évacuatrice de l'émétine (Soc. Méd. des Hôp., 16 mai 1913, p. 1017-1024).
 - Etat hémoptoïque chronique consécutif à l'ouverture dans les bronches d'un abcès dysentérique du foie. Guérison par l'émétine (Soc. Méd. des Hôp., 16 janv. 1914, p. 29-34).
- Chauffard et Clément.* — Grand abcès amibien du foie guéri par traitement médical (Soc. Méd. des Hôp., 1^{er} mai 1925, p. 646).
- Chauffard et Françon.* — Abscès amibien du foie guéri par l'émétine et le gr4 sans opération (Soc. Méd. des Hôp., 11 juill. 1919, p. 698-702).
- Costantini.* — Cinq observations d'abcès du foie traités par fermeture primitive et l'émétine (Bull. Soc. Chir., n° 20, 1924).
- Deux abcès amibiens du foie traités par l'émétine puis par l'hépatostomie avec suture sans drainage (Soc. de Chir., 12 oct. 1927).
 - Pour la suture primitive dans le traitement chirurgical des abcès amibiens du foie (Presse Médicale, n° 93, 20 nov. 1929, p. 1511).
- Couteaud.* — La chirurgie, l'émétine et l'ipéca dans le traitement des abcès du foie (Soc. de Chir., 11 juin 1913, p. 941-749).
- Dargein et Oudard.* — Abscès hépatique amibien à évolution masquée par un syndrome pleuro-péritonéal suspect (Soc. Méd. des Hôp., 1^{er} juin 1928).
- Armand-Delille, Paiseau et Lemaire.* — Sur le traitement

des abcès du foie par l'émétine (Soc. Méd. des Hôp., 15 juin 1917, p. 777-778).

Dopter. — Traitement de l'amibiase hépatique et intestinale par l'émétine (Soc. Méd. des Hôp., 4 avril 1913, p. 686-690).

Dopter et Pauron. — Contribution à l'étude de l'action de l'émétine dans le traitement des abcès dynutériques du foie (Soc. Méd. des Hôp., 28 nov. 1913, p. 683-691).

Duboucher. — Volumineux abcès du foie d'origine amibienne ouvert dans les bronches. Echec du traitement par l'émétine seule. Drainage transcostodiaphragmatique. Guérison (Rev. Méd. franç., n° 5, oct. 1922, p. 289-290).

Eschbach (H.). — Hépatite amibienne aiguë à forme de fièvre cachectisante (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, n° 31, 10 nov. 1922, p. 1487-1491).

Etienne et Bensch. — Abcès amibien du foie guéri par l'émétine sans ponction (Revue Méd. de l'Est, n° 9, 1^{er} mai 1921, p. 284-287).

— Hépatites amibiennes guéries par le chlorhydrate d'émétine (Soc. de Méd. de Nancy, nov. 1922).

Faure-Beaulieu. — Abcès amibien autochtone du lobe gauche du foie (Presse Méd., 3 mars 1928).

François et Audier. — Volumineux abcès amibien du foie ; traitement médical. Guérison (Marseille Médical, 15 mars 1930, p. 387).

Fiessinger (Noël) et Leroy. — L'évolution aiguë cachectisante d'un abcès du foie au cours d'une dysenterie amibienne autochtone : Société de Pathologie comparée, 10 oct. 1916 (Revue de Patho. comparée, n° 127, octobre 1916, p. 21-25).

— Contribution à l'étude d'une épidémie dans la Somme, juillet-octobre 1916 (Soc. Méd. des Hôp., 8 déc. 1916, p. 825-829).

Fiessinger (Noël). — L'épreuve de l'émétine dans le dia-

- gnostic des petits abcès du foie à forme fruste (*Journal des Praticiens*, n° 50, 15 déc. 1922, p. 825-829).
- Fiessinger (Noël) et Castéran (R.)*. — Le syndrome pleuro-pulmonaire de la base droite dans les abcès du foie (*Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 5 janvier 1928).
- Fiessinger (Noël.)*. — Les formes frustes des abcès du foie d'origine amibienne (*Journal de Méd. et de Chir. prat.*, 25 mai 1930).
- Fontan.* — Les grands abcès du foie. Paris, 1909, Doin, édit., 135 pages.
- Françon.* — Le traitement médical des hépatites amibiennes aiguës (*Bull. Méd.*, n° 2, 10 janv. 1920, p. 21-23).
- Les formes médicales du foie amibien et leur traitement, conceptions actuelles et applications pratiques (*Revue d'hygiène sociale de Strasbourg et des pays de la rive gauche du Rhin*, n° 4, avril 1920, p. 109-116).
 - Les hépatites amibiennes abortives aiguës. Thèse de Paris, 1919, Arnette, édit., 128 pages.
- Françon et Hutinel.* — Les hépatites amibiennes autochtones et coloniales et leur traitement. Gauthier-Villars et Cie, édit., 1923, 130 pages.
- Goulven.* — Contribution à l'étude du traitement de l'hépatite amibienne suppurée, sans intervention chirurgicale. Thèse de Paris, 1918-1919, Jouve, édit., 74 pages.
- Grall.* — Hépatites des pays chauds. Abcès endémiques du foie (*Traité de Pathologie exotique clinique et thérapeutique*, Grall et Clarac, t. IV, p. 372-606, Baillière et fils, édit. Paris 1920, 766 pages).
- Amibiase hépatique à forme fruste chez les paludéens de l'armée d'Orient (*Bull. Soc. de Patho. exotique*, janvier 1917, p. 17-22).
- Lafille.* — Traitement des abcès dys. du foie par l'émétine. Réunion médico-chirurgicale de la V^e Armée, 9 déc.

1916 (Analyse : Presse Méd., n° 5, 22 janvier 1917, p. 52).

Landouzy et Debré. — Les porteurs de germes importateurs de maladies exotiques, particulièrement de la dysenterie amibienne (Presse médicale, n° 24, 24 mars 1914, p. 229 à 232).

Lacaze et Melnotte. — Triple abcès amibien du foie à symptomatologie abdominale ayant résisté au traitement médical (Maroc méd., 15 juil. 1924).

— Considér. cliniques et therap. sur l'amibiase hépatique (Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate, juillet-août 1928).

— L'amibiase hépatique au Maroc (Archives de Médecine et de pharmacie militaire, nov. 1928).

— L'amibiase hépatique et son traitement, d'après 252 interventions chirurgicales (Revue de Chir., n° 10, 1928, p. 709-820).

Lacaze et Carillon. — Anatomie pathologique macroscopique de l'amibiase hépatique (Alger médical, n° 41, 1931, p. 176).

Lacaze. — Abcès du foie. Traitement (Pratique médico-chirurgicale, t. III, 1931, 3^e édition. Masson, édit.).

Laporte et Roques. — Fièvre du type ondulant au cours d'une hépatite amibienne. Guérison par le chlorhydrate d'émétine (Soc. Méd. des Hôp., n° 13, 7 avril 1922, p. 603-608).

Lenoble et Jegat. — Un cas de dysenterie amibienne chronique avec abcès du foie guéri par l'émétine (Soc. Méd. des Hôp., 13 avril 1922, n° 13, p. 595-598).

Mattei. — Note sur l'emploi du chlorhydrate d'émétine (Paris Médical, n° 41, 13 oct. 1917, p. 293-299).

— Données pratiques sur le traitement des hépatites amibiennes par le chlorhydrate d'émétine (La pratique médicale française, n° 6, avril 1921, p. 235-243).

— La dose maxima de sécurité dans l'emploi théra-

peutique du chlorhydrate d'émétine (Bulletin Médical, 28 nov. 1931).

Melnotte, Fort et Lagrange. — Deux observations d'amibiase hépatique suppurée (forme chronique et forme aiguë) Considérations cliniques et thérapeutiques (Soc. de Méd. du Bas-Rhin, 30 janvier 1932, compte rendu dans Strasbourg Méd., 25 fév. 1932).

Paisseau et Hutinel (J.). — Hépatites amibiennes chroniques (Soc. Méd. des Hôpit., 8 nov. 1918, p. 1007-1011).

— Hépatite amibienne chronique (Annales de Médecine, t. VI, n° 1, mai 1919, p. 50-62).

Petzetakis. — La cholécystite amibienne primitive (Soc. Méd. Hôp. Lyon, 16 nov. 1925).

— La dysentérie amibienne en Grèce. Abscès amibien du foie ouvert dans les bronches, méconnu pendant 10 mois. Guérison rapide par les injections intra-veineuses d'émétine et de stovarsol (Soc. Méd. Hôp., Paris, 13 fév. 1931).

Sirof. — Abscès du foie guéri par l'émétine (Arch. Méd. et Pharm. navales, 1927).

Ramond (L.). — Abscès du foie au cours d'une dysentérie amibienne autochtone (Progrès Médical, 10 mai 1919, p. 202-205).

Rathery et Bisch. — Abscès du foie et diarrhée des tranchées (Acad. de Méd., 4 avril 1916, p. 388-389 ; Presse Médicale, 6 juillet 1916, p. 297-299).

Ravaut et Kronulitski. — Sur quelques formes cliniques de dysenterie amibienne autochtone observées au cours de la petite épidémie de la région du Nord (Soc. Méd. des Hôp., n° 20, 9 juin 1916, p. 916-926).

Ravaut et Charpin. — Sur quelques faits, en apparence paradoxaux, susceptibles d'égarer le diagnostic d'hépatite amibienne (Presse Méd., n° 8, 10 févr. 1919, p. 65-67).

Rogers. — The rapid cure of amoebic dysentery and hépa-

titis by the hypodermic injections of soluble salts of emetine (Brit. Med. J., 22 juin 1912, p. 1424).

- Livers abcess (Virginia Med. Monthly, juillet 1928, p. 242).

Spick. — Le traitement de l'abcès amibien du foie (Maroc Médical, n° 31, 15 juillet 1924, p. 209).

Trabaud. — L'amibiase à forme typhoïdique,

Trabaud et Michel. — Diagnostic entre cholécystite et abcès spigelien (Bul. Soc. Méd. des Hôp. Paris, 1927, n° 16).

Vialatte et Remontet. — Contribution à l'étude clinique de l'hépatite amibienne congestive (Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires, avril 1932).

